



ALSH Intercommunal d'Ornaisons
Loisirs en Corbières & en Minervois
FICHE SANITAIRE
2023

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
Date de naissance : _____ Age : _____ Lieu de naissance : _____
N° C.A.F : _____ N°M.S.A: _____
Compagnie d'Assurance Extra-scolaire : _____ N° d'adhérent : _____

Parent 1 : Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Tél mobile : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél domicile : _____
E-mail : _____

Parent 2 : Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Tél mobile : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél domicile : _____
E-mail : _____

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Tétanos :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Poliomyélite :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Ou DT Polio :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____
Ou Tétracoq :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date du dernier rappel : _____

VACCINS RECOMMANDES :

Hépatite B :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date: _____
Rubéole- Oreillons- Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date: _____
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date: _____
BCG :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date: _____

ALLERGIES

ASTHME : oui non MEDICAMENTEUSE: oui non
ALIMENTAIRE : oui non AUTRE: oui non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

AUTORISATION :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre,

Ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni à la directrice de l'accueil ni à l'organisateur.

M'engage à payer les honoraires médicaux et pharmaceutiques liés aux soins engagés pour mon enfant.

Autorise l'Accueil de Loisirs d'Ornaisons à reproduire des photos/vidéos de mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs et la diffusion d'image :

- sur www.ornaisons.net,
- sur la page communautaire Facebook
- sur le journal

Autorise mon enfant à sortir seul de l'Accueil de Loisirs d'Ornaisons en fin de journée :

Oui Non

Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant en cas d'empêchement :

Nom et Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone _____

Nom et Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone _____

Nom et Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone _____

Nom et Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone _____

Fait à : _____ le _____ Signature : _____